

# 委任状

令和 年 月 日

私は、\_\_\_\_\_を代理人と定め、下記の権限を委任いたします。

- 後期高齢者医療被保険者証の受領に関する事
- 後期高齢者医療被保険者証等再交付の申請及び受領に関する事
- 後期高齢者医療限度額適用（・標準負担額減額）認定証の申請及び受領に関する事
- その他( \_\_\_\_\_ )に関する事

委任者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(被保険者番号 \_\_\_\_\_)

代理人 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
連絡先 \_\_\_\_\_  
委任者との続柄 \_\_\_\_\_

千葉県後期高齢者医療広域連合長 様